



TITLE:

横隔膜ヘルニアの1例

AUTHOR(S):

山田, 秀雄; 山本, 孝昭; 守屋, 薫

CITATION:

山田, 秀雄 ...[et al]. 横隔膜ヘルニアの1例. 日本外科宝函 1961, 30(4): 645-648

ISSUE DATE:

1961-07-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/207237>

RIGHT:

横 隔 膜 ヘル ニ ア の 1 例

公立扇田病院 (院長 里村春三)

外科 山 田 秀 雄・山 本 孝 昭

内科 守 屋 薫

〔原稿受付 昭和36年4月13日〕

A CASE OF DIAPHRAGMATIC HERNIA

by

HIDEO YAMADA, TAKAAKI YAMAMOTO, KAORU MORIYA

From Public Ogida Hospital

(Director : Dr. SHUNZO SATOMURA)

A fifty-year-old man complained of nausea, vomiting and epigastric pain at hunger, whose illness was diagnosed as esophageal hiatus diaphragmatic hernia of para-esophageal type roentgenologically, was operated surgically under general anaesthesia with intratracheal intubation by means of thoracotomy and laparotomy.

On this operation it was found that there was a defect in the esophageal hiatus of the diaphragm and para-esophageal hiatus hernia with a hernial sac of which contents was stomach.

At the same time we found gastric ulcer at the lesser curvature of the stomach and performed total gastrectomy together with the above-mentioned operation.

The post-operative course was uneventful, and his complete cure led him to leaving the hospital.

To this case we gave some literary considerations.

横隔膜ヘルニアは16世紀に初めて記載されて以来、珍しい疾患と考えられていたが、近年X線診断が発達し、麻酔学の進歩により胸部外科が一般化される様になって外科領域における実際的なものとして扱われる様になった。しかし、我が国における本症の報告例の総数、殊に治験例は未だ少い。最近我々は胃潰瘍を合併せる横隔膜の傍食道ヘルニアの一例を治験したのでここに報告する。

主訴：悪心、嘔吐及び空腹時心窩部疼痛

既往歴：6才の時腎炎

現病歴：約20年前より時々悪心があり便秘に傾いていたが、心窩部疼痛は無かつた。約6年前、毎食後3時間半位に心窩部疼痛を来す様になり、凡そ2ヵ月半の内科的治療を受け疼痛は消失した。本年3月31日、少々過食しアスピリンを内服したるに再び心窩部疼痛及び悪心を来し又、内科的治療を受け、7月頃には一時軽快したが、南瓜を食し、飲酒したるに、又も疼痛、悪心が強くなり、本院内科にて治療を受ける事になった。しかし症候は悪化する一方にて、9月に入つ

症 例

患者：加○義○ 50才 男

てからは嘔吐をも来す様になり、疼痛は背部に放散する様になった。

現在に至る迄呼吸困難、心悸亢進、吃逆並びに嘔気等は来した事なく、最近吐物中に赤色の血様物を少量認めた他、吐物及び糞便の異常着色に気付かない。尚最近瘦せたと云う。

現症：体格中等度、栄養やや衰え、顔貌やや蒼白、貧血状に見える。皮膚は乾燥し、体温 36.5°C 、脈搏80を数え緊張良好、整、体重49kgである。心肺に異常所見なく、腹部は全般的に平坦で、心窩部やや膨隆し軽度圧痛あり、腫瘤は触れない。

検査所見：血色素70% (Sahli)、赤血球数350万、白血球数6200、血清総蛋白 5.7g/dl、尿に軽度の蛋白を認め、大便の潜血反応陽性

X線所見：バリウム造影剤を用いたX線所見は食道下部やや拡張し、食道の右後方に横隔膜上に突出している胃の一部を認める (図1、図2)。

以上の所見から横隔膜の傍食道ヘルニアと診断し、手術を行つた。

手術所見：気管内挿管全身麻酔の下に上腹部に約15cmの正中縦切開を加え開腹す。腹膜に異常なく、腹水を認めず。胃は多少拡張しており、小弯側に噴門近くに凡そ鶏卵大の硬結 (腫瘤) を触れ、その近くに小指頭大のリンパ腺数個を認めるも硬ならず。

胃の噴門部より横隔膜に向つて手指を挿入してみると、食道裂孔の部分に鶏卵大の横隔膜の欠損部を認め、胃がその欠損部より胸腔に向つて嵌入しているの

図 2



を認む。よつて横隔膜ヘルニア (傍食道型) と診断す。

嵌入部の癒着強く開腹術のみでは還納困難と思われたので、左側胸部の第7肋骨に沿つて約15cmの皮切を加え開胸す。胸部より見ると食道の右後方にヘルニア嚢に包まれた胃を認め、嚢は食道及び肺の一部と癒着す。此等の癒着を剝離し、胃を腹腔内に還納し、嚢は切除せずに裂孔縫着をなし、ネラトンカテーテルを挿入して一次的に閉胸した。

次いでビルロート第1法にて胃切除をなさんとするに腫瘤は思つたよりも噴門側にあり且つヘルニアの内

図 1



図 3



容であつた部分が非常に薄くなつていたため胃全摘を行う。トライツバンドより約60cm肛門側で小腸と食道断端とを吻合し、小腸と横隔膜との間は結節縫合をなす、小腸に型の如くブラウン氏腸吻合を施し、アボットローソン三重管をその吻合部より肛門側に迄達せしめ、腹腔内にはストマイ1g、ペニシリンG 20万単位を注入し、腹壁も一次的に閉鎖し手術を了えた。

術後経過良好にして全治退院した(図3)。

摘出標本：切除せる胃を見るに腫瘤は噴門直下であり、内面を見るに直径1.8cmで深さ0.8cmの典型的な円形潰瘍である。その周囲は堤防状に隆起している。ヘルニアの内容物であつた部分の壁が非常に薄く、漿膜の上に線維性の癒着の跡が見られる。

病理組織検査結果、胃潰瘍

考 按

本症は種々分類されているが、Harringtonの如く、非外傷性と外傷性とに大別し、前者を更に先天性と後天性とに分つのも便利と思う。

発生頻度：本症の諸型の発生頻度は食道裂孔ヘルニアが圧倒的に多く、次いで外傷性ヘルニアが多く、その他の型のものは稀である。食道裂孔ヘルニアの中でも滑脱型が多く、傍食道型との発生比率は約14:1とされている。英米と比べ本邦に於ける本症の総数の少い事も各型比率の異なる事も疾患摘発の不備に帰すべきものである(表1)。しかし、最近では本邦に於いてもその数を増し、年々10例位報告されている。年令的には中年以後に多く、発生側は左側が多い((5倍:半(Lacher氏)・7倍(友田氏))。

臨床症状及び診断：本症の臨床症状は各型によつて異なる。外傷性及び先天性ヘルニアは共に呼吸循環障害及びヘルニア内容臓器の機能障害を主とする症状が急性に発展して重篤であるが、外傷性ヘルニアの場合は成人である事が多いので、胸腔内圧の調整障害に対して十分に代償機能が行なわれない出生時に既に存在する先天性ヘルニアよりは死亡率は低い。

食道裂孔ヘルニアは先天性又は後天性に発生し、胃を内容とする。此の型のヘルニアは徐々に進行性で、食思不振、膨満感、軽度の胃部疼痛等が初期症状である。疼痛は過食中又は過食後に起り、背部に放散し、暖気及び嘔吐によつて軽快する。通常疼痛は左下に激しくなり、胸部の左下部に及び、肩胛間部或は僧帽筋縁、更に左腕に放散する激痛を感じる様になり、横隔膜痙攣や反射性噴門痙攣が誘発され、疼痛を軽快せしめる暖気や嘔吐も困難となる。これらの症状と共に心悸亢進、頻脈、呼吸困難等が発作性に現れ、発作は数分から数時間に亘り、通常数週か数ヶ月の間隔で来るが、次第に食事の度に起る様になり、嘔吐が激しくなり、時に吐血或は下血を伴うことがある。かような出血は食道下部及び進入胃の小彎部に生ずる潰瘍に原因するもので、明らかな出血がなくとも重症の貧血を来すことがある。この潰瘍発生に対してHarringtonは嘔吐や絞縊等の機械的外傷によるものと考えており、英国のAllisonは食道と胃のなす角度並に噴門構造の相異から傍食道ヘルニアと滑脱型の潰瘍発生場所及び症状の相異を述べている。

主に食道裂孔ヘルニアについて述べたが、上記の如く横隔膜ヘルニアの症候は胸部及び腹部疾患に見られ

表1 横隔膜ヘルニア諸型の発生頻度

		Harrington (1940) 手術例(米国)	Allison (1951) 手術例(英国)	Sweet (1952) 手術例(米国)	本邦手術 治 験 例
食道裂孔 ヘルニア	滑脱型 (所謂短縮食道)	187	170	115	15
	傍 食 道 型 両 者 の 合 併 型		21 13	7 3	
先天性短食道 (本質的短食道)		11	1	5	9
胸腹裂孔ヘルニア (Borchdale氏孔)		4			
横隔膜左後部先天性欠損部を通るヘルニア		4			
Morgagni氏孔を通るヘルニア		4			2
外傷性ヘルニア		40			4
その他			1		14
計		250	206	130	44

る多岐にわたる症状を示し、症候学的には食道裂孔ヘルニアは消化性潰瘍、胆嚢炎、胆石症、狭心症の如き疾患に極めて類似する。Perkel は食道裂孔ヘルニアの56%が、Clerf等は110例中35例が他の疾患に誤まれたと述べているのであるが、これらは一般に本症の診断が困難である事を示している。レ線検査は最も重要な診断法であるが、レ線学的にも横隔膜挙上、砂時計胃、噴門痙攣、食道狭窄或は食道癌と鑑別するを要し、その他、胸膜炎、肺臓癌、エヒノコックス嚢腫、肺結核空洞と誤まれた報告もある。

治療、本症の治療は以前はすべて手術によるべきであると考えられていたが、今日ではSaundersも云っている様に小さいヘルニアは内科的に治癒し、必ずしも外科的治療は必要でないが、大なるヘルニア、殊に外傷性ヘルニア及び先天性ヘルニアの多くは小腸や大腸が包含せられ、腸閉塞の危険が存在し、しかも内科的には治癒しないので、可及的早期に手術を行うべきである。食道裂孔ヘルニアにても、ヘルニア胃の大きさが胃の1/3以上のものや症状の重篤なもの、又は嵌頓その他の合併症が起るか、又はその恐れのあるものは外科的治療を必要とする。

内科的療法としては少量の消化の良い食餌の摂取、適度の運動、食後の横臥の禁止、体重減少を図り、腹圧亢進を避ける等である。

手術的療法は原則的には一般ヘルニアと同様ヘルニア内容還納、ヘルニア嚢切除、裂孔修復再建である。

進入路としては経腹腔、経胸腔及び胸腹腔合併切開がある。Harrington は右側横隔膜穹隆部に關係するヘルニアを除き、横隔膜ヘルニア全般的に云つて経腹腔で手術するのを有利としている。その理由として上腹部の観察が充分に行われ、屢々合併する胆嚢や十二指腸疾患を検査出来る点を挙げている。

しかし他の大多数の人々は経胸腔で手術する方が有利とし、殊にSweetは同時期に同一場所で経腹腔に行つた手術成績と比較して経胸腔進入の優秀性を強く主

張している。その理由は手術野の大きい事、ヘルニア嚢遊離が容易な事、縫うべき構造をよく直視出来る事等を挙げている。Wangensteen等は胸腹合併切開をすすめている。

以上の如くであるが、夫々の手技には一長一短があるから、症例に応じて適当な術式を選ぶべきであろう。例えば吾々の場合に就いて考えて見れば、経腹腔のみにて行つておればヘルニア嚢剝離その他で手術は困難を極めたものと思われるし、又逆に経胸腔単独で行つたとすれば合併せる胃潰瘍を見逃すことになつたであろう。

麻酔は気管内麻酔が合目的であり便利であると思う。

結 語

1) 悪心、嘔吐及び空腹時心窩部疼痛を来した50才の男子でレ線的に横隔膜の傍食道ヘルニアと診断し、気管内挿管全身麻酔の下に開胸開腹術により外科的根治手術を行つた一例を報告した。

2) 手術により食道裂孔部に欠損があり、ヘルニア内容は胃で、ヘルニア嚢を有した傍食道裂孔ヘルニアである事を確認し、同時に胃小彎部に胃潰瘍を発見し、横隔膜ヘルニア根治手術と共に胃全摘を行つたが、術後経過良好で全治退院した。

3) 本症例に対し若干の文献的考察を試みた。

文 献

- 1) ト部美代志：横隔膜の外科。日本外科全書 17, 437, 昭30.
- 2) 井上雄：横隔膜ヘルニア。日本外科全書 23, 192, 昭30.
- 3) 渡辺正二・中矢元近・宮坂茂男：先天性横隔膜ヘルニアの一例。外科 21, 348, 昭34.
- 4) Cecil & Loeb: Diaphragmatic hernia. Text-book of Medicine 904, 1951.